

ВІДГУК

**Офіційного опонента професора Гончара Михайла Григоровича
на дисертацію Кочмаря Олександра Михайловича
«Лікування гострого варикотромбофлебиту у хворих із декомпенсованою
венозною недостатністю», подану до спеціалізованої вченої ради Д 61.051.08
при ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України
на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук
за спеціальністю 14.01.03 – хірургія.**

1. Актуальність теми та зв'язок з науковими програмами.

Більше 12-16% населення земної кулі, а в абсолютних цифрах – до 2,5 млн. людей, і до 20% населення України мають захворювання венозної системи нижніх кінцівок. В 150 випадках на 100 тисяч населення розвивається тромбоз глибоких вен. Ситуація погіршується тим, що майже в 25% випадків у цієї категорії пацієнтів виникає посттромбофлебітичний синдром, який супроводжується розвитком трофічних виразок, набряком кінцівки, утрудненим пересуванням і більше ніж у 30% примушує змінити роботу або піти на пенсію за інвалідністю.

Актуальність цієї проблеми поглиблюється тим, що 47,3-86,7% випадків тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок припадає на пацієнтів працездатного віку, а це означає, що вона носить соціальний характер.

Поряд з цим, треба відмітити неоднозначне ставлення до лікування цієї патології. В деяких питаннях, особливо хірургічної тактики, вони абсолютно протилежні. Це спонукає дослідників до подальших наукових розробок з метою ліквідації «білих плям» в питанні лікування ускладнень гострого варикотромбофлебиту на фоні венозної недостатності з метою вироблення єдиного патогенетично обґрунтованого підходу у вирішенні цієї проблеми.

Представлена наукова робота виконана у відповідності до плану програми науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» з держбюджетної тематики «Пошук «Індексу ризику» прогресії атеросклерозу та можливого розвитку тромбемболізму у осіб різних вікових груп» (Номер державної реєстрації 0116U007379).

2. Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна.

Дисертаційна робота займає 262 сторінки, основний зміст викладено на 192 сторінках. Робота містить 64 рисунки, 28 таблиць, 2 формули. Список використаної літератури містить 191 джерело, які охоплюють 127 вітчизняних та 64 іноземних публікацій.

Дисертація побудована по загальноприйнятій схемі і складається з наступних розділів.

Анотація (7 сторінок), в якій у стислій формі висвітленні питання наукової новизни і практичного значення роботи. Науково доведено, що зміни коагуляційного гомеостазу несуть переважно локальний характер, де найбільш стабільним показником є МНВ. Показано, що ефективним методом лікування трофічних виразок є пункційне ехосклерозування пронизних вен. Визначена

роль вакуум-терапії, в лікуванні виразок при гострому варикотромбофлебії у пацієнтів з декомпенсованою венозною недостатністю.

В практичному плані удосконалено діагностичний алгоритм для вибору ефективного комплексу малоінвазивних технологій при даній патології.

Запропоновано в комплекс лікування ХВН в стадії декомпенсації включити кросектомію, короткий стріпінг та дистальну склеро облітерацію.

Рекомендовано використання радикальної флебектомії малої підшкірної вени з видаленням флотуючої частини тромбу із підколінної вени через синус литкового м'язу без венотомії останньої.

Проаналізовано результати комплексного обстеження та хірургічного лікування 97 хворих з ГВТФ системи великої та малої підшкірних вен з ХВН в стадії декомпенсації. Після проведеного лікування майже всі показники якості життя пацієнтів покращилися.

Вступ (7 сторінок), в якому обгрунтовано висвітленню питання актуальності проблеми, зв'язок роботи з науковими програмами ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Чітко сформульовані мета і задачі дослідження, наукова новизна отриманих результатів, їх практичне значення, особистий внесок здобувача, апробація результатів дисертації і публікації.

Огляд літератури (23 сторінки) складається з декількох підрозділів. Перший з них стосується етіопатогенезу ГВТФ. Як свідчать літературні дані, це ускладнення варикозної хвороби, що супроводжується запальним процесом в стінці змінених вен і тромбоутворенням в їх просвіті.

Що стосується патогенезу трофічних виразок при ХВН в стадії декомпенсації, то тут на перше місце виходить недостатність клапанного апарату вен. З'являється вертикальний та горизонтальний рефлюкси і розвивається венозна гіпертензія. Внаслідок останньої відбувається ураження мікроциркуляторного русла шкіри та підшкірної клітковини. Внаслідок цього збільшується капілярна фільтрація, яка призводить до дисбалансу між гідростатичним і колоїдним осмотичним тиском, що, в свою чергу, є основою розвитку набряку тканин нижніх кінцівок. В формуванні трофічної виразки приймають участь Т-лімфоцити, макрофаги. Зв'язані лейкоцити продовжують активно виділяти токсичні метаболіти та протеолітичні ферменти, що призводить до розвитку хронічного запального процесу. Останнє, в свою чергу, є пусковим механізмом виникнення ліподерматосклерозу та появи трофічних виразок. Значну роль в цьому процесі відіграють артеріоло-венулярні шунтування та порушення функції периферичних нервових стовбурів.

В підрозділі діагностика та лікування ГВТФ акцент робиться на лабораторно-інструментальних методах. Більше приділяється уваги консервативному та хірургічному лікуванню патології. Розглядаються питання терміну і об'єму операційних втручань, застосування традиційних та малоінвазивних методик. В підсумку автор робить висновок, що питання хірургічного лікування ХВН в стадії декомпенсації ускладненої ГВТФ залишається дискусійним.

Значно більше уваги приділяється лікуванню трофічних венозних виразок. Широко розглянута медикаментозна терапія трофічних виразок. Що стосується хірургічного лікування, то тут треба пам'ятати, що позитивний

результат можна досягти тільки шляхом нормалізації венозної гемодинамік, та усунути всі фактори, які можуть сприяти рецидиву трофічної виразки.

Підсумовуючи розділ пошукач приходиться до розумного висновку, що до цього часу немає єдиного алгоритму дій при лікуванні тромботичних ускладнень у пацієнтів з ХВН у стадії декомпенсації, немає чітких показів до того чи іншого способу лікування.

Наступний розділ (2) присвячений характеристиці хворих та методики дослідження (19 сторінок).

В цьому розділі автор дає характеристику хворим: вік, стать, тривалість захворювання, важкість венозної дисфункції згідно міжнародної класифікації СЕАР, глибину ураження за класифікацією Е.Я. фісталя, наявність супутньої патології, стан пронизних вен. Вивчає стан трофічних виразок: визначення їх площі, бактеріологічне дослідження, склад мікрофлори і її чутливість до антибіотиків.

В розділі надані методи хірургічних втручань, які застосовували курованим хворим, метод вакуум-терапії. Оцінку якості проведеного лікування зроблено на основі даних ультразвукового дослідження венозної системи нижніх кінцівок.

В 3 розділі (39 сторінок) подані результати досліджень хворих з ХВН в стадії декомпенсації ускладненої ГВТФ за допомогою ультрасонографії, математичної обробки фотографічного зображення, спеціальних комп'ютерних програм, опису клінічної картини. Вивчали наявність патологічних рефлюксів, форми гострого тромбофлебиту, діаметр пронизних вен, спектр бактеріальної мікрофлори трофічних виразок, показники гемостазу та ендотеліальної дисфункції. В кінці розділу автор підводить підсумки і робить об'єктивні висновки. Розділ написаний фундаментально, з глибоким дослідженням патогенетичних чинників, з широким діапазоном досліджень і, на мій погляд, його можна вважати базисом для розробки комплексного лікування цієї патології.

4 розділ (32 сторінки) присвячений хірургічному лікуванню ГВТФ при декомпенсованій ХВН.

Першим етапом, з метою запобігання переходу тромботичного процесу на глибоку венозну систему, виконували кросектомію, яку доповнювали видаленням ВПВ на стегні. Враховуючи наявність трофічних виразок проводили стовбурову склерооблітерацію з метою припинення розповсюдження тромботичного процесу. 4 хворим виконана тромбектомія з гирла ВПВ, та 12 – із стегнової та клубової вен. Була проведена ліквідація горизонтального рефлюксу шляхом склерооблітерації ВПВ та вен гомілки.

47 хворим з трофічними виразками виконано облітерацію пронизних вен шляхом введення склерозанту під контролем УЗД.

Тромбоз сафено-поплітеального співгирла спостерігався у 14 хворих, при цьому флотуюча верхівка тромботичних мас локалізувалася на рівні остіального клапану, або переходила в просвіт підколінної вени. Всім хворим виконана термінова радикальна флебектомія. На думку автора флебектомія показана всім хворим незалежно від форми та розповсюдження варикотромбофлебиту.

Лікування трофічних виразок після тромбектомії плягало в компресійній терапії, накладанні багатокомпонентних пов'язок, некректоміях, застосуванні вакуум-терапії. Після проведення місцевого лікування був отриманий виражений позитивний ефект: зник запальний процес, очистилась поверхня виразки від фібрину і некротичних мас, що дало можливість провести аутодермопластику.

5 розділ (22 сторінки) – це результати комплексного лікування. Так динаміка загоєння трофічних виразок у пацієнтів, яким ліквідували поверхневий рефлюкс є кращою, ніж у хворих із збереженим глибоким рефлюксом, що, на думку здобувача, є головним етіологічним фактором виникнення ХВН. На 10-12 день після склерооблітерації трофічні виразки зменшувалися на 15-25%, з'являлися життєздатні грануляції. Як показали дослідження при невеликих за площею виразках для стійкого їх загоєння у віддаленому періоді спостереження достатньо склерооблітерації однієї пронизної вени. При великих виразках для стійкого загоєння та профілактики рецидиву необхідно облітерувати всі неспроможні пронизні вени.

Динаміка показників протяжності рефлюксу за шкалою сегментарності VSDS показала, що комбіноване хірургічне лікування практично ліквідує патогенез захворювання в I групі пацієнтів, яким ліквідували поверхневий венозний рефлюкс, в той час як в II групі цього не спостерігалось. Це говорить про вадку патологію як поверхневої так і глибокої венозних систем.

За шкалою VSD через 1 рік після комплексного лікування цей показник у I групі сягнув $1,10 \pm 0,05$, що більше ніж в 2,5 рази зменшився у порівнянні з доопераційним показником. В II групі пацієнтів рахунок фізичної активності за рік зменшився до $2,02 \pm 0,12$, що майже в 1,5 рази менше від доопераційного показника. Таким чином, працездатність, а саме пов'язана з нею фізична активність пацієнтів I групи є вищою ніж пацієнтів II групи, що можна пояснити ліквідацією фактору виникнення ХВН у першій групі та наявністю його в другій.

Комплексне лікування, що включає в себе корекцію гемодинаміки та загоєння трофічної виразки у пацієнтів з ХВН в стадії декомпенсації з ГВТФ, поза залежністю від етіології ХВН, значно покращує якість життя у всіх його аспектах.

На підставі проведених досліджень пошукач запропонував алгоритм оперативних втручань та хірургічних маніпуляцій, який представляє собою чіткий шлях пацієнта від аоступлення до виписки із стаціонару.

В 6 розділі (22 сторінки) ведеться обговорення отриманих результатів. Власне кажучи, це квінтесенція всієї роботи, викладена у стислій формі. Цей розділ цікавий полемікою між автором і іншими дослідниками ХВН, що демонструє глибокі знання автора і впевнену відповідальність за виконану роботу.

Висновки об'єктивні, інформативні, відповідають поставленим задачам.

3. Значення для науки і практики, шляхи використання результатів дослідження.

Вперше встановлено частоту переходу тромбозу на глибокі вени у хворих на ХВН в стадії декомпенсації при розвитку ГВТФ.

Доповнено наукові дані стосовно ролі венозного рефлюксу в розвитку венозних та посттромбофлебітичних виразок та їх взаємозв'язок із ГВТФ.

Науково доведено, що зміни коагуляційного гемостазу в хворих на ГВТФ при ХВН в стадії декомпенсації несуть переважно локальний характер, де МНВ є найбільш стабільним та єдиним показником як регіонального, так і центрального кровоплину.

Вперше проведена оцінка результатів комбінованого лікування декомпенсованої ХВН, ускладненої ГВТФ в залежності від етіології.

Практичне значення роботи полягає в створенні діагностичного алгоритму для хворих з ГВТФ при ХВН в стадії декомпенсації.

Запропоновано комплексне обстеження пацієнтів для вибору мініінвазивного хірургічного лікування декомпенсованої ХВН, ускладненої ГВТФ.

Рекомендовано застосування ультразвукового дуплексного обстеження, як обов'язкового методу дослідження при підозрі на розвиток ГВТФ.

Впроваджено в клінічну практику метод ехосклерозування пронизних вен при різних формах декомпенсованої ХВН, ускладненої ГВТФ.

Запропоновано застосування радикальної флебектомії малої підшкірної вени з видаленням флотуючої частини тромбу із підколінної вени через синус литкового м'язу без венотомії останньої.

Запропоновано виконання стовбурової склерооблітерації вен гомілки та склерооблітерації пронизних вен при декомпенсованій ХВН.

Результати дисертаційної роботи застосовуються в практичній медицині різних медустанов, а саме: хірургічних відділень Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака, Центральної міської клінічної лікарні м. Ужгорода, Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні, Івано-Франківської обласної клінічної лікарні, Тернопільської університетської лікарні, Державної установи «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», в науково-педагогічному процесі на кафедрі хірургічних хвороб медичного факультету та кафедрі хірургічних дисциплін факультету післядипломної освіти ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

4. Повнота викладу основних результатів дисертації у наукових фахових виданнях.

За темою дисертаційного дослідження опубліковано 19 наукових праць з яких 14 статей: 12 у фахових виданнях рекомендованих ДАК МОН України (3 в науково-метричних виданнях, з яких 2 з індексом цитування Scopus), 2 – в інших виданнях, 2 тези у матеріалах міжнародних з'їздів і конференцій, 1 монографія, 1 навчальний посібник, 1 патент на корисну модель.

5. Недоліки дисертації та реферату щодо їх змісту та оформлення.

1. В літературному огляді висвітленні не всі етіологічні чинники утворення трофічних виразок.

2. Подано патогенез трофічних виразок, а патогенезу ХВН в стадії декомпенсації немає.

3. Недостатньо висвітлено у висновках 4 задачу дослідження.

До автореферату зауважень немає.

Зроблені зауваження не носять принципового характеру і не знижують цінність дисертаційної роботи.

З метою наукової дискусії хочу задати дисертанту наступні запитання:

1. Яку медикаментозну терапію отримували Ваші пацієнти?

2. Якими критеріями Ви керувалися при виборі методу автодермопластики?

6. Висновки

Дисертаційна робота Кочмаря Олександра Михайловича «Лікування гострого варикотромбофлебиту у хворих із декомпенсованою венозною недостатністю» є закінченою науковою працею, в якій вирішені конкретні важливі завдання комплексного лікування ГВТФ при ХВН в стадії декомпенсації та профілактики тромбемболії легеневої артерії.

Позитивні сторони дисертації полягають в наступному:

Незаперечна актуальність проблеми, самостійність виконання досліджень, вдалий підбір методів досліджень, практична спрямованість переважної більшості досліджень, глибокий аналіз отриманих результатів, незаперечна новизна отриманих даних.

Аналізуючи та узагальнюючи зміст дисертаційної роботи можна заключити, що за актуальністю, науковою новизною, ступенем обґрунтованості і достовірності кожного з висновків, сформульованих в дисертації, а також її практичне значення, робота відповідає вимогам п.11 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України № 567 від 24 липня 2013 р. (із змінами внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 656 від 19 серпня 2015 р.), які ставляться до кандидатських дисертацій, а її автор цілком заслуговує на присвоєння йому наукового ступеня кандидата медичних наук.

Офіційний опонент,
професор кафедри хірургії
стоматологічного факультету
Івано-Франківського національного
медичного університету

д.мед.н., професор М.Г. Гончар



Відук ефізіологічного
опонента кафедри
у спец. форм. 22.05.2019.

Відук сектор О.В. Клітиске